مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۱۹، شماره ۴، زمستان ۸۸، صفحات ۲۸۷ تا ۲۹۰

Original Article

بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و کم‌کاری تیروئید در بیماران مراجعه کننده به بیمارستانهای وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۸۶

شهلا ملاحسینی[۱]، شهلا محمدزاده[۲]، حمید علوی مجد[۳]، پوپک خالصی[۴]

[۱] مربی ،کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران
[۲] مربی ، کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران
[۳] استادیار، دکترای آمار زیستی، ، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده پیراپزشکی
[۴] دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری داخلی- جراحی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران

چکیده

سابقه و هدف: *کم‌کاری تیروئید بیماری مزمنی است که می‌تواند بر درک بیماران از سلامتی و کیفیت زندگی آنها اثر بگذارد. این پژوهش با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران صورت گرفت.*

روش بررسی: *در این مطالعه توصیفی- تحلیلی، ۱۰۰ بیمار مبتلا به کم‌کاری تیروئید مورد ببرسی قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌ای شامل ۴ بخش استفاده شد. قسمت اول دارای ۱۰ سوال مربوط به مشخصات دموگرافیک، قسمت دوم ۱۵ سوال مربوط به بررسی وضعیت جسمانی، بخش سوم شامل ۹ سوال در رابطه با وضعیت روحی _ روانی و قسمت چهارم دارای ۷ سوال مربوط به وضعیت اجتماعی و ۱ سوال در زمینه درک فردی بیمار از کیفیت زندگی بود.*

یافته‌ها: *بالاترین امتیاز کیفیت زندگی مربوط به حیطه اجتماعی با میانگین ۴۱/۸۹ و کمترین میانگین مربوط به حیطه جسمی با میانگین ۳۹/۹ بود. بیشتر بیماران (۷۳ درصد) از کیفیت زندگی در حد متوسط برخوردار بودند. در بعد جسمی، احساس سرما با میانگین ۲۵/۷۵، در بعد روحی- روانی، احساس بی‌حوصلگی با میانگین ۳۰/۲۵ و در بعد اجتماعی، ناتوانی در انجام وظایف محوله شغلی با میانگین ۴۳ شایعترین علامتی بود که توسط بیماران گزارش شد.*

نتیجه‌گیری: *پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی اکثر بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید در سطح متوسط می‌باشد.*

واژگان کلیدی: *کیفیت زندگی، کم‌کاری تیروئید.*

مقدمه

کم‌کاری تیروئید سندرمی بالینی است که در نتیجه نقص در تولید هورمون‌های تیروئید رخ می‌دهد (۱). این بیماری که گاهی از نظر پنهان می‌ماند، می‌تواند عامل بسیاری از شکایات جسمی و تظاهرات روانی باشد. شکایات جسمی به طور اولیه به علت کاهش سطح متابولیسم ثانوی به کمبود یا فقدان هورمون تیروئید رخ می‌دهد. برخی از علایم جسمی شامل خستگی، عدم تحمل سرما، پوست خشک، بی نظمی قاعدگی و یبوست ،کندی ضربان قلب، ادم، صورت پف آلود و تاخیر در رفلکس‌های تاندونی می‌باشد (۲). اختلال روانی ناشی از این بیماری شامل اختلالات درکی، خلقی و سایکوزاست (۳). کم‌کاری تیروئید میتواند بر عملکرد درکی و خلقی اثر بگذارد و در نوع شدید افسردگی مالیخولیائی و جنون را تقلید کند (۴). شروع علائم کم‌کاری تیروئید معمولا بی سروصداست و به

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی، شهلا ملاحسینی
(email: abi-majdi@yahoo.com)
تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۱۱/۳۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/٤/۱٤

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

تدریج پیشرفت می‌کند. کم‌کاری تیروئید وضعیتی است که بواسطه علائمی که ایجاد می‌کند، درک بیمار را از سلامتی‌اش تغییر می‌دهد. علایمی چون افسردگی، تغییرات خلقی و کاهش عملکرد درکی می‌تواند بر فعالیت‌های روزمره بیمار اثر گذاشته و ابعاد مختلف زندگی فرد مبتلا را تحت الشعاع قرار دهد (۵). علائم روانی، اضطراب، کاهش حافظه و شکایات جسمی عواملی هستند که باعث تخریب و آسیب به کیفیت زندگی می‌شوند. کم‌کاری تیروئید بواسطه علائم مختلفی که ایجاد می‌کند، می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار دهد (۶). کیفیت زندگی چگونگی احساس خوب یا بد ما نسبت به زندگی‌مان است (۷). در طول دو دهه گذشته هدف سلامتی از تمرکز بر بیماری به سلامت و رفاه شخص و کیفیت زندگی تغییر یافته است. واژه کیفیت زندگی درعلم پزشکی معرف اثرات بیماری و نتایج درمانی بر بیمار است (۸). انجام پژوهش در زمینه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید می‌تواند بعنوان اولین گام در جهت بهبود وضعیت سلامت مبتلایان به آن مورد استفاده قرار گیرد و نه تنها باعث افزایش طول عمر و بهبود کمیت زندگی مبتلایان به این بیماری شود، بلکه سبب بهبود رضایت بیماران از زندگی و در نهایت ارتقاءکیفیت زندگی شود. این پژوهش با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید مراجعه کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران و بررسی مشخصات فردی، وضعیت جسمی، روحی روانی و اجتماعی این بیماران انجام شد.

مواد و روشها

این پژوهش توصیفی- تحلیلی در پائیز سال ۱۳۸۶ در شهر تهران انجام شد. بر اساس فرمول حجم نمونه، کیفیت زندگی ۱۰۰ بیمار مبتلا به کم‌کاری تیروئید اثبات شده که به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران مراجعه کرده بودند و دارای مشخصات هوشیاری کامل جهت پاسخگوئی به سوالات، توانایی شنیداری و گفتاری قابل قبول برای پاسخگوئی به سوالات، گروه سنی ۳۵ به بالا، عدم ابتلاء به بیماری‌های مزمن یا حاد موثر بر کیفیت زندگی و مادرزادی نبودن کم‌کاری تیروئید بودند، بررسی شد. بیماران با روش نمونه‌گیری مستمر (تدریجی) انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای شامل ۴ بخش بود. بخش اول دارای ۱۰ سوال مربوط به مشخصات دموگرافیک، بخش دوم شامل ۱۵ سوال مربوط به بررسی وضعیت جسمانی، بخش سوم شامل ۹ سوال در رابطه با وضعیت روحی- روانی و بخش چهارم شامل ۷ سوال مربوط به وضعیت اجتماعی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید و همچنین یک سوال کلی در زمینه درک فردی بیمار از کیفیت زندگی بود. برای بررسی اعتبار پرسش‌نامه از روش اعتبار محتوی و جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه از دو شیوه آلفای کرونباخ (α= ۰/۸۹) و آزمون مجدد (R=۰/۹۶) استفاده گردید.

برای نشان دادن داده‌های به دست آمده از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و میانگین و انحراف معیار استفاده شد. به منظور تعیین همبستگی بین متغیرهای کمی شامل سن و مدت زمان ابتلاء به بیماری با امتیاز کیفیت زندگی از آزمون همبستگی پیرسون(r) و برای تعیین همبستگی بین متغیرهای کیفی جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و محل سکونت از آزمونهای t و آنالیز واریانس استفاده گردید. هم‌چنین نمرات کیفیت زندگی در وضعیت‌های جسمی، روحی – روانی و اجتماعی و کیفیت زندگی به طور کلی بعد از محاسبه به مقیاس (۱۰۰-۰)تبدیل شد و در سه سطح ضعیف (۳۳–۰)، متوسط (۶۶-۳۴) و خوب (۱۰۰-۶۷) به صورت درصد تنظیم گردید. پاسخ تمامی سوالات بصورت به هیچ وجه،کم، متوسط و زیاد مطرح شد. به هر سوال پرسش‌نامه امتیاز ۱ تا ۴ تعلق گرفت، بدین صورت که به پاسخ‌های به هیچ وجه ۴ امتیاز،کم ۳ امتیاز، متوسط ۲ امتیاز و زیاد ۱ امتیاز تعلق گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

بیشتر بیماران در رده سنی بالای ۶۱ سال (۳۷ درصد)، مونث (۷۰ درصد)، متاهل (۷۹ درصد)، دارای تحصیلات دیپلم (۳۵ درصد)، دارای ۱ تا ۳ فرزند (۵۵ درصد)، ساکن در شهر (۸۴ درصد)، دارای منزل شخصی (۷۱ درصد)، میزان درآمد ماهیانه بین ۲۸۰ تا ۴۸۰ هزار تومان (۵۲ درصد) و مدت ابتلای کمتر از یکسال به کم‌کاری تیروئید (۷۲ درصد) بودند.

در حیطه جسمی، بیشتر بیماران (۷۰ درصد) دارای وضعیت جسمی در حد متوسط بودند. ۲۹ نفر (۲۹ درصد) وضعیت جسمی ضعیف و ۱ نفر (۱ درصد) وضعیت جسمی خوب داشتند. میانگین و انحراف معیار امتیاز وضعیت جسمی ۱۰/۴۶±۳۹/۹ بود. احساس سرما با میانگین و انحراف معیار ۵/۵±۲۵/۷۵ بیشترین علامت و کاهش میزان شنوایی با میانگین و انحراف معیار ۲۲±۶۴/۵ کمترین علامتی بود که

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

توسط بیماران گزارش شد. بین جنس (p=۰/۰۲)، سن (p<۰/۰۰۱)، میزان تحصیلات (p=۰/۰۰۳)، محل زندگی (p<۰/۰۰۱) و مدت زمان ابتلاء به بیماری (P=۰/۰۲) با امتیاز وضعیت جسمی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. اما بین امتیازات وضعیت جسمی و وضعیت تاهل ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

درحیطه روحی ـ روانی، بیشتر بیماران (۷۶ درصد) دارای وضعیت روحی ـ روانی در حد متوسط بودند. ۲۰ نفر (۲۰ درصد) وضعیت روحی ـ روانی ضعیف و ۴ نفر (۴ درصد) وضعیت روحی ـ روانی خوب داشتند. میانگین و انحراف معیار امتیاز وضعیت روحی ـ روانی ۱۲/۵۴±۴۲/۴۲ بود. بیشترین علامتی که توسط این بیماران گزارش گردید، احساس بی‌حوصلگی با میانگین و انحراف معیار ۱۱/۵±۳۰/۲۵ و کمترین علامت، افزایش نگرانی و اضطراب نسبت به مسائل معمول زندگی با میانگین و انحراف معیار ۲۲±۵۶ بود. بین جنس (p=۰/۰۲۲)، سن (p<۰/۰۰۱) و محل زندگی (p=۰/۰۱۲) با امتیازات روحی-روانی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. اما بین این امتیاز با میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و مدت زمان ابتلاء به بیماری ارتباط آماری معنی‌داری دیده نشد.

در حیطه اجتماعی، بیشتر بیماران (۶۰ درصد) دارای وضعیت اجتماعی در حد متوسط بودند. ۳۰ نفر (۳۰ درصد) وضعیت اجتماعی ضعیف و ۱۰ نفر (۱۰ درصد) وضعیت اجتماعی خوب داشتند. میانگین و انحراف معیار امتیاز وضعیت اجتماعی ۱۵/۳۲±۴۵/۵ بود. بیشترین علامتی که توسط این بیماران گزارش شد، ناتوانی در انجام وظایف محوله شغلی با میانگین و انحراف معیار ۱۷±۴۳ و کمترین علامت، سختی در برقراری ارتباط با دیگران با میانگین و انحراف معیار ۲۱/۲۵±۶۳/۵ بود. بین جنس (p=۰/۰۰۱)، سن (p<۰/۰۰۱)، میزان تحصیلات (p=۰/۰۳۶) و محل زندگی (p=۰/۰۰۲) ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. اما بین امتیازات وضعیت اجتماعی با متغیرهای وضعیت تاهل و مدت زمان ابتلاء به بیماری رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

به طور کلی پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید در سطح متوسط می‌باشد، به طوری که بیشتر بیماران (۷۳ درصد) از کیفیت زندگی در حد متوسط برخوردار بودند. ۲۴ نفر (۲۴ درصد) کیفیت زندگی ضعیف و ۳ نفر (۳ درصد) کیفیت زندگی خوب داشتند. میانگین و انحراف معیار امتیاز کیفیت زندگی ۱۱/۵۲±۴۱/۸۹ بود.

بحث

این مطالعه نشان داد که بیشتر بیماران مورد بررسی دارای وضعیت جسمی در حد متوسط (۷۰ درصد)، وضعیت روحی-روانی در حد متوسط (۷۶ درصد) و وضعیت اجتماعی در حد متوسط (۶۰ درصد) هستند. اکثر بیماران (۷۳ درصد) کیفیت زندگی متوسط داشتند. وضعیت جسمی با میانگین و انحراف معیار ۱۰/۴۶±۳۹/۹ در پایین‌ترین سطح و وضعیت اجتماعی با میانگین و انحراف معیار ۱۵/۳۲± ۴۵/۵ در بالاترین سطح کیفیت زندگی بود. کیفیت زندگی، احساس خوب بودن فرد ناشی از رضایت یا عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای فرد مهم بوده و در برگیرنده ابعادی چون عملکرد جسمانی، روحی روانی و اجتماعی است (۹). کم‌کاری تیروئید به علت طیف وسیعی از علائمی که ایجاد می‌کند، می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی اثر بگذارد (۱۰). هنگام بررسی کیفیت زندگی در این بیماران، ابعاد جسمی، روحی و روانی و اجتماعی بیشترین و رایج ترین ابعادی می‌باشد که در نظر گرفته می‌شوند (۱۱). نتایج پژوهش رزوی و همکارانش در سال ۲۰۰۵ نشان داد که ۶۸/۳ درصد بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید در بعد جسمانی، ۶۳/۳ درصد در بعد روحی_روانی و ۶۹/۵ درصد آنها در بعد اجتماعی دارای وضعیت متوسط هستند که با یافته‌های موجود در پژوهش مطابقت دارد (۱۰).

پژوهش حاضر نشان داد که بین امتیازات وضعیت جسمی و متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات، محل زندگی و مدت زمان ابتلاء به بیماری، بین امتیازات روحی روانی با متغیر سن، جنس و محل زندگی و بین امتیازات اجتماعی و متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات و محل زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. پژوهش رزوی و همکاران در ۲۰۰۵ مشخص کرد که مردان مبتلا به کم‌کاری تیروئید دارای وضعیت جسمی پایین‌تری نسبت به زنان هستند. بر خلاف نتایج سایر پژوهش‌ها در این زمینه، در مطالعه ما مردان مبتلا به کم‌کاری تیروئید آسیب شدیدتری نسبت به زنان مبتلا در ابعاد روحی روانی و اجتماعی را تجربه می‌کنند (۱۰).

این پژوهش نشان داد که با افزایش روند سنی، سطح کیفیت زندگی در تمامی ابعاد کاهش می‌یابد. پژوهش‌های مشابه نشان می‌دهد که مبتلایان به کم‌کاری تیروئید در سنین بالاتر آسیب شدیدتری را نسبت به مبتلایان جوان تجربه می‌کنند که علت آن می‌تواند در بعد جسمی، ضعیف‌تر شدن وضعیت جسمی با افزایش روند سنی (۱۲)، در بعد روحی روانی، آسیب

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]

وارد شده به قوای درکی (۱۳) و در بعد اجتماعی، کاهش توانائی‌های اجتماعی ناشی از روند پیری و تشدید این علائم به علت علائم جسمی شدیدتری که در مبتلایان مسن ایجاد می‌شود باشد (۱۰).

در مطالعه ما، بین میزان تحصیلات و ابعاد جسمی و اجتماعی ارتباط معنی‌داری دیده شد. تحقیقات مشابه در بیماران دیالیزی توسط اسکافی در سال ۱۹۹۹ نشان داد که بین وضعیت جسمی بیماران و میزان تحصیلات آنها ارتباط مستقیمی وجود دارد (۱۴). همچنین تحقیق مشابه توسط گالسرن و همکارانش در سال ۲۰۰۶ نشان داد که بین میزان تحصیلات بیماران و وضعیت اجتماعی آنها ارتباط مستقیمی وجود دارد که علت آن عدم آگاهی از مهارت‌های سازگاری موثر فردی و اجتماعی با مشکلات ناشی از بیماری در افراد کم سواد ذکر نمود (۱۵).

مطالعه حاضر نشان داد که بین محل زندگی و هر سه بعد جسمی، روحی روانی و اجتماعی ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد. رسولی در سال ۲۰۰۴ در مطالعه‌ای بر روی بیماران همودیالیزی به این نتیجه رسید که بین محل زندگی و وضعیت جسمی ارتباط مستقیمی وجود دارد و علت آن را عدم دسترسی سریع آنها به مراکز تخصصی و تاخیر در مراجعه جهت درمان، عدم دسترسی به سیستم‌های حمایتی روحی-روانی و کم بودن تعاملات اجتماعی در محیطهای زندگی مثل روستا ذکر کرد (۱۶).

تشکر و قدردانی

از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه و ریاست محترم دانشکده پرستاری _ مامائی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران و هم‌چنین از مسئولین محترم بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران و کارکنان کتابخانه دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران که جهت اجرای این تحقیق همکاری لازم را با ما داشتند، کمال تشکر و سپاس را دارم.

REFERENCES

1. Goldman L, Ausiello D, eds.Cecil text book of medicin. 22nd Edition. New York: Elsevier Inc; 2004.
2. Heinrich W, Graham G. Hypothyroidism presenting as psychosis myxedema madness revisited. Primary care companion. J Clin Psychiatr 2003; 5:260-66.
3. Philips J. Thyroid hormone disorder. Endocrinol J 2002; 49: 100-107.
4. Lapcević M. Autoimmune thyroid disease and associated diseases. Srp Arh Celok Lek 2005; 133: 84-87.
5. Razvi S, Mc Milian CV, Weaver JU. Instrument used in measuring symptom health status and quality of life in hypothyroidism. Clin Endocrinol 2005; 63: 617-62.
6. Strauss E, Dias Teixeira MC. Quality of life in hepatitis C. Liver Int 2006; 26: 756-65.
7. Naito M, Avery K, Blazeby JM. Quality of life assessment and reporting in randomized controlled trial. Health Qual Life Outcome 2004; 2: 110-16.
8. Hanson L. Subclinical hypothyroidism: should it be treated? Thyroid 2006; 10: 1-9.
9. Sigestad HMH. Coping, quality of life, outcome. Health Qual Life Outcome 20006; 3: 1-26.
10. Razvi S, McMillan CV, Weaver JU. Health status in patient with sub clinical hypothyroidism. Eur J Endocrinol 2005; 152: 713-17.
11. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variable with health– related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. JAMA 1995; 273: 59-65
12. Tagay S, Herpertz S, Langkafel M, Erim Y, Bockisch A, Senf W, et al. Health- related quality of life, depression and anxiety in thyroid cancer patient. Qual Life Res 2006; 15: 695-703.
13. Heston W. Hypothyroidism. Am Fam Phys 2001; 64: 1718-22.
14. Skafi S. Assessment of quality of life in dialysis patient [Dissertation]. Tehran: Beheshti Medical University; 1999. p.112- 24. [In Persian]
15. Gulseren S, Gulseren L, Hekimsoy Z, Cetinay P, Ozen C, Tokatlioglu B. Depression, anxiety, health related of quality of life and disability in patient with overt and subclinical dysfunction. Arch Med Res 2006; 37:133-39.
16. Rasooli A. Compare of quality of life in hemodialysis patient with renal transplantation patient [Dissertation]. Tehran: Welfare and Rehabilitation University; 2004. p.12. [In Persian]

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-10]